49e Année, IIIe Série, t. III. NUMÉRO 3. 18 janvier 1881.

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le N° : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

La Séance de l'Académie. — Assistance publique. — **Clinique externe** : Fistules à l'anus. Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur VERNEUIL, par le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté (recueillies et rédigées par René COLIN) (suite). — **Clinique interne** : Des troubles de la sensibilité dus à la dyspepsie, par M. LEVEN. — **Correspondance** : Le traitement de la phthisie, Dr Th. CARAMAN et G. DELAUNAY. — **Sociétés savantes** : *Académie de médecine*, séance du 11 janvier 1881. — *Société médicale des bureaux de bienfaisance*, séance du 12 janvier 1881. — **Bibliographie** : Des nerfs du cœur, anatomie et physiologie. — Le corps de Wolf. — **Nouvelles.** — **Index bibliographiquè.**

Vente au Numéro chez tous les Libraires. — Dépôt à la librairie Frédéric Henry, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, qui reçoit les abonnements.

La séance de l'Académie.

Enfin! Il a fait son entrée à l'Académie! Ce n'est pas sans peine, et il a fallu toute la bonne volonté de M. le secrétaire perpétuel, unie aux réclamations de la presse, pour obtenir un pareil résultat. Tandis que les moindres bourgades en possèdent, tandis que les épiceries même les plus modestes en consomment, le gaz n'avait pas encore pu forcer les portes de l'Académie! C'est un fait accompli! Un lustre, style empire, jettera maintenant des flots de lumière sur les obscurs journalistes qui fréquentent la salle des Pas-Perdus. Par une ironie à laquelle nous sommes très sensible, comme journaliste, on a laissé subsister quatre petits canards, qui ne sont pas un des moindres ornements de ce lustre désormais célèbre.

Si la salle des séances est encore éclairée par de vulgaires quinquets, cela tient à ce que de grands événements se préparent. C'est à peine si nous osons le croire et nous penserions avoir fait un rêve, n'était la haute autorité sous laquelle s'abrite cette nouvelle. On s'occupe enfin sérieusement dans les hautes sphères gouvernementales de donner satisfaction aux vœux de l'Académie en lui faisant construire un palais digne d'elle. C'est très sérieux cette fois!

MM. Pasteur et Colin ont échangé aujourd'hui quelques aménités à propos des expériences faites par MM. Raynaud et Lannelongue, et aussi par M. Pasteur, avec de la salive d'un jeune rabique. M. Colin, avec une ténacité que nul ne peut entamer, a soutenu que l'organisme décrit par M. Pasteur n'avait rien de caractéristique, qu'il ressemblait à ceux que l'on trouve dans la septicémie. M. Pasteur n'a pas nié cette ressemblance, au contraire, mais il affirme que les propriétés biologiques de ce nouveau parasite sont complètement différentes du vibrion de la septicémie.

M. Pasteur a fort malmené la clinique pure et a exalté sa propre méthode expérimentale. Comme, dans l'espèce, les résultats de M. Pasteur manquent un peu de netteté, l'Académie ne s'est pas associée à cet élan d'enthousiasme. M. Gosselin a même exprimé fidèlement l'impression générale en critiquant vivement, au nom de cette clinique si dédaignée, les conclusions de M. Pasteur, plus réservées, du reste, que celles de M. Maurice Raynaud.

Il est certain que des faits nouveaux apportés aujourd'hui à la tribune de l'Académie par ces expérimentateurs, tôt ou tard se dégagera une vérité scientifique. Mais sera-t-elle conforme aux inductions d'aujourd'hui? L'avenir nous l'apprendra.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Le rapport présenté par M. Bourneville au conseil municipal sur les dépenses de l'Assistance publique, et adopté par le conseil dans une des dernières séances du mois de décembre, soulève un grand nombre de questions des plus intéressantes pour le traitement hospitalier des malades et l'enseignement de la médecine. Le renouvellement du conseil municipal, et la rentrée au pavillon de Flore de la grande majorité des anciens membres qui le composaient, donnent encore plus d'importance aux vues de notre confrère.

Nous ne parlons pas de l'*enseignement municipal de la médecine*, dont il est fait mention incidemment comme d'un but à atteindre, et que l'on prépare en donnant des subventions pour la fondation et l'entretien des bibliothèques médicales, des musées, des amphithéâtres et des laboratoires des hôpitaux. Ce n'est là qu'un projet à longue échéance.

Mais il n'en est plus de même d'une série de créations pour lesquelles le conseil ne s'est pas contenté de donner son avis, mais pour lesquelles il a aussi ouvert des crédits sur l'exercice de 1881. Telles sont des créations nouvelles de places d'internes, de deux places de médecins et de deux places de chirurgiens du Bureau central : deux de ces places de médecin et chirurgien du Bureau central sont nécessitées par l'absence des médecins et chirurgiens titulaires des hopitaux pendant les vacances, les deux autres par l'ouverture probable, au mois de mai, de l'hopital de Montmartre. Telles sont deux places de *médecins-accoucheurs* et deux places de sages-femmes.

A propos de ces deux places de médecins-accoucheurs, M. Bourneville rappelle les fluctuations que cette question a subies depuis le mois d'avril 1878, époque, à laquelle le conseil municipal invitait l'administration à instituer dans les hopitaux des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices, et à confier ces services à des médecins-accoucheurs nommés au concours.

Depuis cette époque, l'administration a nommé une commission composée de MM. Besnier, Bourdon, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Guérin, Guéniot, Guyon, Hérard, Hervieux, Le Fort, Millard, Moutard-Martin, Nicaise, Siredey, Tarnier, Tillaux, Trélat, Vulpian. Cette commission a chargé une sous-commission composée de MM. Guéniot, Millard, Siredey, Tarnier et Trélat de lui présenter un rapport. Au nom de la sous-commission, M. Siredey concluait, en mai 1879, dans le même sens que le conseil municipal. La commission examinait ce rapport et les contre-projets de MM. Nicaise et Le Fort, lorsque, trouvant peut-être que les dix-huit membres ci-dessus ne constituaient pas un personnel assez nombreux ou assez compétent, M. Michel Möring lui en adjoignit trois nouveaux, adversaires déclarés du projet.

« Les choses changent aussitôt de face, dit M. Bourneville, la passion et l'intérêt particulier l'emportent sur la raison et l'intérêt des malades, ainsi que le démontre la note suivante qui nous a été remise par l'administration :

« La commission a conclu à la division de ces services en deux catégories : *services spéciaux* à installer dans divers hôpitaux et à attribuer au corps des chirurgiens ordinaires des hôpitaux; *services ordinaires*, restant annexés aux autres services. Ces conclusions vont être soumises au conseil de surveillance. La commission a, en outre, invité l'administration à compléter et à assurer l'organisation dont il s'agit, en introduisant dans le concours des chirurgiens du Bureau central et dans celui de l'internat une épreuve spéciale de tocologie et de gynécologie.

« Cette solution, ajoute M. Bourneville, est absolument mauvaise et ne répond nullement aux réformes exigées par la situation. Les chirurgiens des hôpitaux ont fait campagne contre cette réforme, parce qu'ils craignaient que les médecins-accoucheurs ne fissent pas seulement des accouchements, mais encore soignassent les maladies des femmes. Leur ardeur dans cette lutte paraît d'autant plus étonnante que les chirurgiens ne disposent que de trois services (1), qu'ils ont abandonné, croyons-nous, le service d'accouchements de Saint-Antoine, tandis que les médecins disposent de tous les autres services d'accouchements au nombre de huit. On concevrait que ceux-ci se plaignissent. Nullement, ils connaissent tous les inconvénients de l'organisation vicieuse d'aujourd'hui et estiment, pour la plupart, sinon tous, qu'il faut confier les services d'accouchements à des accoucheurs. »

Pour trancher la difficulté, le conseil municipal a voté le traitement de deux accoucheurs, mais il ne peut qu'inviter l'administration à créer ces deux places. (*A suivre.*)

(1) La Maternité, dont le chirurgien plaide l'utilité des nouvelles créations; la maternité de Cochin; la Clinique d'accouchements.

CLINIQUE EXTERNE

LEÇONS CLINIQUES

Faites à l'*hôpital de la Pitié*, service de M. le professeur VERNEUIL, par le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté (recueillies et rédigées par René COLIN.

Fistules à l'anus.

(Suite.)

Je veux aujourd'hui, Messieurs, vous dire quelques mots d'une affection que vous êtes appelés à voir journellement dans nos salles et dans votre pratique particulière; cette affection, c'est la fistule à l'anus.

On peut distinguer dans les fistules, au point de vue de l'anatomie pathologique, ou pour mieux dire au point de vue du siège, deux grandes variétés.

La première dont je vais m'occuper dans cette leçon, et qui est de beaucoup la plus commune, comprend les fistules sous-muqueuses, ou mieux encore sous-tégumenteuses.

La seconde, plus rare que la première, comprend les fistules extra-musculaires.

Que devons-nous entendre, par fistules sous-muqueuses? Ce sont ces fistules qui, commençant par un orifice externe, au niveau de la marge de l'anus par exemple, passent sous la muqueuse, entre cette dernière et le sphincter, de façon à venir s'ouvrir par un orifice interne à un certain niveau dans le rectum ou dans la région des sphincters.

La fistule extra-musculaire est celle, au contraire, dans laquelle le trajet est situé en dehors des sphincters.

La première n'est donc séparée du calibre de l'intestin que par la muqueuse. La seconde par la muqueuse et par une couche musculaire assez épaisse.

Comme dans toutes ces fistules, trois variétés peuvent être observées :

C'est ainsi que nous trouvons :

1° Des fistules borgnes externes, dans lesquelle un orifice externe existe, mais le trajet n'aboutit à aucun orifice interne, il se termine en cul-de-sac.

2° Des fistules borgnes internes, dans lesquelles on ne rencontre qu'un orifice interne. Le fond du cul-de-sac se trouvant dans le voisinage de la peau de la marge de l'anus qui n'est pas perforée.

3° Enfin des fistules complètes, comprenant un trajet et deux orifices, quelquefois plusieurs.

Ces trois suddivisions s'appliquent aussi bien à la variété sous-muqueuse qu'à la variété extra-musculaire. Seulement dans les fistules sous-tégumenteuses, ce sont les fistules complètes et les borgnes externes qui sont de beaucoup les plus fréquentes, les premières surtout; tandis que les fistules extra-musculaires borgnes et principalement borgnes internes se rencontrent assez souvent.

Il me reste, Messieurs, à vous dire, au point de vue de la classification, quelques mots d'une autre variété de fistules sur lesquelles, dans ces derniers temps, M. le professeur Richet et M. Pozzi ont appelé l'attention, mais qui ne sont autre chose que des fistules borgnes externes, je veux parler des fistules de l'*espace pelvi-rectal supérieur*. Ce qui les distingue des autres, ce n'est pas la situation de leur orifice externe, mais bien la longueur de leur trajet. En effet, si on explore à partir de l'orifice qui se trouve à la marge de l'anus, si avec un stylet ou une sonde cannelée on explore leur trajet, on est effrayé de la profondeur à laquelle on pénètre, car souvent le trajet se prolonge de 12 à 14 centimètres, et l'extrémité se trouve au-dessus du releveur de l'anus.

Laissant, Messieurs, de côté pour aujourd'hui les fistules extra-musculaires, je vais vous entretenir des fistules tégumenteuses et commencer par l'anatomie pathologique de cette variété.

Comme dans toutes les fistules, les fistules tégumenteuses complètes, par exemple, nous permettent d'étudier: un orifice externe, un orifice interne et un trajet.

L'orifice externe ou cutané présente plusieurs caractères importants à connaître.

Cet orifice peut être situé à l'orifice de l'anus, dans la partie où la peau est moitié muqueuse, moitié tégumenteuse, dans les nombreux replis qui rayonnent autour de l'orifice anal; il est, par ce fait, fort difficile à trouver. Souvent on le rencontre à quelques millimètres ou même à 1, 2, 3 centimètres, quelquefois enfin à plusieurs travers de doigts de l'orifice anal. Mais souvenez-vous que cet orifice peut siéger à une distance quelquefois si considérable, qu'un observateur peu attentif pourrait le confondre avec l'orifice d'un autre ordre de fistules, des fistules urinaires ou osseuses, par exemple.

Son aspect extérieur se présente également sous deux formes distinctes.

Chez les individus de constitution vigoureuse, on remarque sur la peau une petite élevure, un mamelon rougeâtre et granuleux, sur le sommet duquel on trouve un orifice très petit, laissant suinter une goutte de pus. Un stylet, ou l'extrémité d'une sonde cannelée, pénétrant très difficilement, provoque une douleur vive, et fait saigner avec facilité.

Au lieu d'une élevure, on constate chez d'autres individus, comme une véritable perte de substance, une dépression à l'emporte-pièce, pouvant atteindre la largeur d'une pièce de 4 sous. Les bords de cette dépression sont violacés, noirâtres et décollés.

Lorsque vous avez affaire à une fistule de cette variété, mettez quelque réserve dans votre pronostic, car presque toujours vous avez devant vous un sujet dont les poumons sont atteints. Certes, dans le premier cas votre malade peut être phthisique, mais en tout cas ce sera un phthisique peu avancé.

Enfin, cet orifice peut ne pas être unique, et présenter quelquefois des ouvertures multiples; dans ce cas nous avons affaire à une fistule dite en pomme d'arrosoir.

Nous dirons peu de chose de l'orifice interne; car, comme nous l'avons dit, il peut ne pas exister et cela n'est pas rare; de plus il est souvent fort difficile à trouver, car la muqueuse ne s'indure pas au pourtour de l'orifice, comme les téguments; quand on le sent, on le trouve ordinairement fort petit, et déprimé en cul de poule. Généralement il n'y en a qu'un.

Un fait à noter, c'est qu'ayant affaire à une fistule complète, souvent on prend cette dernière pour une fistule borgne externe, car à l'exploration l'on n'arrive pas à trouver l'orifice interne. Les causes de cette erreur sont faciles à expliquer : En premier lieu, la petitesse de l'orifice interne, souvent presque impossible à percevoir, car il est caché par les nombreux replis de la muqueuse. En second lieu, autour de cet orifice il se porduit un décollement de la muqueuse, décollement remontant souvent à une certaine distance, de telle sorte que si, dans une exploration faite dans le but d'obtenir la profondeur du trajet et de reconnaître cet orifice, vous négligez ce décollement, le stylet qui vous sert d'instrument explorateur peut pénétrer dans le cul-de sac formé par le décollement, et n'atteint pas l'orifice interne qui existe cependant. Enfin, il arrive souvent que le stylet explorateur, poussé avec trop de force, perfore la muqueuse amincie et pénètre dans le rectum, en produisant ainsi un orifice interne qui n'existait pas.

Il nous reste à parler maintenant du trajet. Nous l'étudierons rapidement. En effet, comme structure, comme multiplicité des diverticules, comme direction, il ne diffère pas des trajets des autres fistules. Un fait à noter, c'est que dans les fistules récentes le trajet, quand on l'explore avec le stylet, ne vous semble pas très large. Cependant il arrive souvent qu'à son pourtour la mu-

quense est décollée dans une certaine étendue. Toutefois dans les fistules tégumenteuses ces décollements ne sont pas très étendus, à moins que vous n'ayez affaire à de vieilles fistules ; dans ces cas ils peuvent atteindre de grandes dimensions.

Il existe quelquefois un décollement tel que la partie postérieure de la muqueuse est détaché des parties sous-jacentes dans une moitié de la circonférence de l'anus. Ces décollements ont une grande importance au point de vue du pronostic et surtout du traitement, nous aurons à en parler plus longuement quand nous nous occuperons des différentes méthodes employées pour la guérir. (*A suivre.*)

CLINIQUE INTERNE

Des troubles de la sensibilité dûs à la dyspepsie, par M. LEVEN.

Dans une note intéressante lue à la Société de Biologie (nov. 1880), M. Leven a attiré l'attention sur certains troubles de la sensibilité dus à la dyspepsie. Nous résumons ici les points principaux de cette communication.

La dyspepsie produit des désordres de la sensibilité générale et sensorielle, des troubles de la motilité, des désordres des facultés cérébrales et des crises nerveuses de nature spéciale, confondues jusqu'à présent avec les crises d'hystérie.

L'auteur ne s'occupe aujourd'hui que des phénomènes de sensibilité générale, se réservant de faire plus tard l'histoire des troubles sensoriaux et intellectuels à propos de l'influence de l'estomac sur la fonction du cerveau. Ce travail repose sur l'examen de 80 malades affectés de dyspepsie.

Le fait saillant dans les troubles de sensibilité est l'hyperesthésie. Elle n'est absente que dans 10 cas sur 80 ; quand elle fait défaut les malades présentent encore certains désordres de sensibilité, mais non à la périphérie du corps. Il faut donc considérer l'hyperesthésie comme un phénomène très commun. Le développement de ce phénomène se produit surtout quand la dyspepsie est ancienne et date de quelques semaines ou quelques mois ; quelquefois même au bout d'un mois.

L'hyperesthésie suit une marche régulière ; dans les deux tiers des cas, elle paraît du côté gauche du corps, affectant la peau, les muscles des parois thoraciques du côté gauche, le bras et l'articulation de l'épaule gauche, le dos à partir des deux dernières vertèbres dorsales et remontant quelquefois jusqu'à l'occiput. Les apophyses épineuses sont sensibles à la pression, ainsi que les espaces intervertébraux, la peau, les muscles du dos, les masses sacro-lombaires, la région des reins du côté gauche sous forme de lumbago.

L'hyperesthésie atteint dans les cas intenses la peau du cou et les muscles du cou, et il s'y développe une espèce de torticolis à gauche.

Le coté droit du corps, dans toutes les parties symétriques, est bien plus rarement atteint et dans le 1/8e des cas, seulement. Il ne faut pas penser que toujours l'hyperesthésie se localise dans un coté ; assez fréquemment les deux cotés sont frappés en même temps, mais l'un d'eux toujours plus fortement que l'autre, et elle est bilatérale surtout quand la dyspepsie est violente.

C'est donc la moitié supérieure du corps, le tronc, le bras, qui sont le siège habituel de l'hyperesthésie, et elle s'étend au crâne du coté gauche ou droit, ou aux deux côtés à la fois.

La peau du ventre dans la partie gauche, soit la région stomacale ou la peau de tout l'abdomen à gauche, les muscles sont également hyperesthésiés.

Enfin, quand l'hyperesthésie dure, elle peut envahir les membres inférieurs, le gauche plus souvent que le droit, ou les deux en même temps.

C'est surtout la cuisse plutôt que la jambe, le bras plus souvent que l'avant-bras, qui sont le siège de l'hyperesthésie. Elle naît avec la dyspepsie, croît avec elle et disparaît à mesure qu'elle guérit.

« Pour me rendre compte de l'état de l'estomac, il m'arrive souvent de commencer par presser la peau, les muscles du bras. Si je constate que la sensibilité a diminué, je sais, sans avoir interrogé le malade, que la maladie d'estomac a perdu de son intensité ; elle est en quelque sorte proportionnée à la gravité du mal.

L'hyperesthésie, en général, n'éveille pas de douleurs vives ; elle se manifeste surtout par la pression de la peau et des muscles.

Dans quelques cas elle devient intolérable, et j'ai vu des malades qui ne pouvaient supporter le contact d'une chemise empesée ou le poids d'un paletot. D'autres fois elle se complique de crises de douleurs atroces, ce que j'ai observé 6 ou 7 fois sur 80 dyspeptiques.

Ces douleurs paraissent dans le dos du coté gauche sur une étendue de 8 à 10 centimètres, non pas sur le trajet d'un nerf, mais dans la peau, les muscles, et arrachent des cris au malade ; elles s'irradient souvent sur le thorax, coté gauche en avant ; ou bien elles naissent sur le coté droit du thorax, toujours sur une surface de quelques centimètres, ou dans la partie gauche de l'estomac, en arrière de la grosse tubérosité, où elles donnent la sensation de corps étranger ; enfin elles peuvent paraître sur le coté gauche de la face.

Ces crises de douleurs se compliquent parfois de véritables crises nerveuses, qui ont été à tort prises pour des crises d'hystérie et que je décrirai plus tard.

Jusqu'à présent je les ai vu traiter par des injections souscutanées de morphine, répétées plusieurs fois par jour ; mais ces injections ne calment que la douleur du moment et ne servent qu'à les entretenir ; on ne peut s'en rendre maître qu'en traitant rationnellement l'estomac.

J'ai donné une consultation à un négociant de Genève à qui on avait appliqué, sans le soulager, 20 vésicatoires sur la région du thorax (coté gauche, en avant).

Jusqu'à présent le sens du symptôme hyperesthésie a été faussement interprété ; l'hypéresthésie du coté gauche du corps a été rapportée à tort à l'hystérie et toutes les fois que l'on découvre ce symptôme, la première pensée est de le rapporter à cette névrose.

Il n'en est rien ; d'abord il est bien plus commun chez l'homme que chez la femme ; sur 80 cas je l'ai noté une fois et demie plus souvent chez l'homme.

Les crises de douleur sont aussi bien plus fréquentes chez l'homme. Ce premier fait n'est pas en rapport avec ce que tout le monde sait sur le tempérament nerveux de la femme. Il est beaucoup plus commun après l'âge de 30 ans chez l'homme et la femme, et j'ai noté les crises de douleurs chez une femme de 57 ans et chez des hommes de 63 et 66 ans. Ce deuxième fait est encore d'une réelle importance.

Car la névrose hystérie ne débute pas, en général, après 30 ans et 40 ans ; mais elle est l'attribut de l'âge de la puberté.

Ce qui a entraîné les pathologistes dans l'erreur, c'est que l'hystérie est une des causes les plus fréquentes de la dyspepsie, et on a rapporté à l'hystérie ce qui est dû à la maladie de l'estomac.

Il y a un dernier point important à noter, c'est que jamais l'hyperesthésie, qui est toujours d'origine gastrique, ne se complique d'anesthésie, et que, toutes les fois que l'on observe à la fois l'hyperesthésie sur un côté du corps et de l'anesthésie de l'autre côté, on peut être assuré par avance que l'on a affaire à une hystérique ; c'est ce que j'ai vérifié dernièrement dans mon service à l'hôpital Rothschild ; le bras gauche et le thorax du

côté gauche étaient anesthésiés ; le côté droit était hyperesthésié

Il m'a suffi de presser sur la peau du ventre pour déterminer une crise d'hystérie ; et àce propos je rappellerai que l'on a dit depuis longtemps qu'en pressant la région gauche de l'abdomen vers l'ovaire gauche, on peut à volonté produire ou arrêter une crise d'hystérie ; mais je crois que l'on peut faire la même chose sur toutes les parties hyperesthésiées du corps.

Il faudra donc désormais considérer l'hyperesthésie comme un symptôme de dyspepsie et non d'hystérie.

C'est l'anesthésie seule qui est produite par l'hystérie. On est encore habitué, quand on découvre ce symptôme, à songer immédiatement à quelque lésion du sang comme cause de ce phénomène.

Cela est une erreur, l'hyperesthésie se produit chez les hommes les plus vigoureux qui sont devenus dyspeptiques, et est due directement à la lésion stomacale. Enfin elle est fréquemment confondue avec le rhumatisme; l'étude nouvelle que je viens de faire de ce symptôme a un grand intérêt au point de vue de la pathologie et nous servira. »

— Nous n'ajouterons à cette communication évidemment fort intéressante de M. Leven que quelques remarques. M. Leven est-il bien sûr de ne pas encourir le même reproche que celui qu'il adresse aux pathologistes qu'il accuse de rapporter à l'hystérie ce qui est dû à la maladie de l'estomac, et ne pourait-on pas lui retourner son argument et lui dire que peut-être a-t-il trop de tendance à rapporter à une affection stomacale ce qui appartient souvent à l'hystérie? Enfin, quand il nous dit qne désormais il faut considérer l'hyperesthésie comme un signe de dyspepsie et non d'hystérie, ne craint-il pas d'exagérer un fait qui peut être vrai dans de certaines limites, mais qui, ainsi généralisé, perdrait de son exactitude.

Il faut en effet se défier de la tendance qu'à l'esprit qui se spécialise trop à rapporter à une cause unique la plupart des phénomènes qu'il observe.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr V. Galippe, directeur du *Journal des Connaissances médicales*, 48, rue Sainte-Anne, Paris.

Paris, le 4 janvier 1881.

Mon cher Collègue,

En réponse à la longue lettre que vous m'avez communiquée, je ne présenterai que les quelques observations suivantes : Le Dr Thomas-Caraman, avant d'entreprendre la réfutation de mon travail, aurait dû commencer par le lire. Or, il avoue n'en avoir lu que la fin parue dans le numéro du 14 novembre. S'il avait pris la peine de parcourir les cinq numéros précédents, il aurait vu quelles preuves nombreuses et convaincantes servent de base aux conclusions qu'il attaque. Les citations, les observations, les faits, les statistiques que je rapporte à l'appui de ma thèse ne remplissent pas moins de 17 pages d'une brochure in-8° que je me fais un devoir d'adresser à mon contradicteur.

Le Dr Thomas-Caraman est bien mal venu à défendre les climats de Madère et de l'Egypte. Tout le monde sait que la phthisie est galopante à Madère (voir les observations du Dr Renton) et que le climat de l'Egypte est mortel aux phthisiques (Pruner-Bey, Schnepp, Griesinger, J. Cerf-Mayer). D'après ce dernier auteur, « les phthisiques envoyés en Egypte ont été obligés de fuir ou ont payé un triste tribut à cette endémie. A quelque degré qu'existe la maladie, son issue est toujours funeste. »

En ce qui concerne l'Algérie, mon confrère cite des fonctionnaires et des médecins ayant guéri sous le climat d'Alger. Il oublie de parler de mon condisciple le Dr Alling, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui est mort à Alger où il croyait trouver la guérison et qui vivrait sans doute encore s'il était resté en France. Plus loin le Dr Thomas-Caraman dit qu'il « considérerait comme insensé celui qui voudrait astreindre ses malades à séjourner en Algérie pendant l'été. » Mais, s'il en est ainsi, comment les fonctionnaires et docteurs en question ont-ils pu guérir en passant l'été à Alger? Il faut croire que leur phthisie n'était pas bien grave ou du moins pas aussi grave que celle du Dr Alling. Je ne dis pas que les phthisies herpétique, goutteuse, etc., qu'on pourrait appeler les phthisies des gens forts, ne puissent pas guérir à Alger comme ailleurs, mais je doute qu'il en soit de même de la phthisie commune, de la phthisie des faibles que j'ai spécialement étudiée.

Il ne suffit pas de vanter « l'influence bienfaisante du climat merveilleux de la reine de nos colonies » il faut la prouver; il ne suffit pas de faire du sentiment, il faut réfuter les citations suivantes: « Il y a bien des médecins, et je suis du nombre, qui regardent comme positivement illusoire l'immunité phthisique de l'Algérie. » (Arnould). « Il s'en faut que la phthisie soit rare dans ce pays. » (Rey.) D'après le Dr Feuillet sur 100 décès 10 sont dus à la phthisie. D'après M. Rochard, « on compte dans la population civile 1 décès sur 15,5 décès, ce qui se rapproche considérablement de ce qu'on observe dans la majorité des villes de France, ce qui dépasse la proportion qu'elle atteint dans nos campagnes où elle n'entre guère que pour un trentième dans le nombre des décès. » « La phthisie marche avec une effrayante rapidité en Algérie, lorsqu'elle a franchi sa première période. » (Rochard.)

Becquerel que cite mon confrère s'est fait l'éditeur du préjugé qui avait cours à l'époque où il publiait son *hygiène* sur la fréquence de la phthisie au nord et sur sa rareté au midi.

D'après M. Lancereaux qui a dressé une carte de la phthisie, « les régions polaires sont peu favorables au développement de la phthisie pulmonaire; elle y est rare et évolue lentement. Les régions tropicales sont celles où la phthisie marche le plus rapidement et cause le plus de ravages. »

M. le Dr Thomas-Caraman fait observer que les muqueuses sécrètent plus dans un milieu froid que dans un milieu chaud. Je suis de son avis; c'est même pour cette raison que nous avons des mouchoirs dont se passent les Algériens. Mais je ne vois pas quel rapport peut avoir ce fait avec la fréquence et l'intensité de la phthisie, qui, pour moi, est une maladie générale avec manifestation locale au poumon.

Enfin mon confrère semble dire qu'il est mauvais que le poumon des phthisiques fonctionne beaucoup et absorbe beaucoup d'oxygène, ce qui arrive dans les milieux froids. Pour moi, au contraire, cela est bon. Il est bon que le phthisique absorbe beaucoup d'aliments et beaucoup d'oxygène afin de pouvoir recouvrer son poids. Or le phthisique, comme les autres hommes, ne peut avoir de l'appétit, manger, digérer, respirer, gagner du poids que dans les milieux froids. Je crois avec mon confrère qu'il est impossible de faire gagner du poids aux phthisiques en Algérie. Mais ce qui est impossible dans les milieux chauds est très possible dans les milieux froids. D'après mes recherches, « les hommes du nord sont plus nourris et pèsent plus que ceux du midi. Le poids augmente l'hiver et diminue l'été. En automne j'ai fait gagner à des individus atteints de maladies chroniques (phthisie, anémie), jusqu'à 2 kilogrammes par semaine. Au mois de juillet j'ai toutes les peines du monde à empêcher mes phthisiques de perdre du poids. »

M. le Dr Thomas-Caraman reconnaît que le phthisique est un « anémique au suprême degré. » C'est justement pour cette raison que je ne veux pas le placer dans les pays chauds qui produisent normalement « l'anémie des pays chauds. » Un malheureux phthisique qui va aux « pays du soleil » pour guérir son anémie agit donc exactement comme Gribouille qui se jetait à l'eau pour ne pas être mouillé.

Dans les congrès médicaux où j'ai soutenu ma thèse, mes contradicteurs m'ont déclaré que l'hibernation dans les pays chauds avait pour but non de guérir le phthisique, mais de le prolonger. Le midi ne guérit donc pas les phthisiques du nord l'hiver; d'autre part, de l'aveu même de M. Thomas-Caraman, il tue infailliblement les phthisiques indigènes l'été. Il en résulte qu'il ne faut pas envoyer les phthisiques du nord au midi, et qu'il faut au contraire envoyer les phthisiques du midi au nord. D'ailleurs la pratique tend de plus en plus à me donner raison et je dois répéter ici ce que je disais dans mon travail : « Actuellement on envoie les phthisiques passer l'été sur les hauts plateaux de la Cordilière, de l'Ecosse, de la Suisse, du Jura. En hiver, on traite les phthisiques par le froid sur les plateaux les plus élevés des Alpes. En somme, « les tuberculeux peuvent très bien vivre dans «les contrées froides.» (Hirtz.)

« Veuillez agréer, etc. » Dr Gaétan DELAUNAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *janvier* 1881. — Présidence de M. LEGOUEST.

La **Correspondance** comprend une note de M. le Dr **Natanson,** intitulée : Théorie anatomique et pathologique du sommeil.

M. **Maurice Raynaud**, au nom de M. **Lannelongue** et au sien, lit une note sur la transmission de la rage de l'homme au lapin. Il commence par rappeler que M. le Dr **Galtier** a établi par une série d'expériences la transmissibilité de la rage au lapin dès le 27 octobre 1879, et a étudié la période d'incubation de cette maladie chez les animaux. Cette période est assez courte, elle ne dépasse guère une moyenne de 17 jours. Cette question a été reprise dernièrement par MM. **Lannelongue** et **M. Raynaud,** à l'occasion du fait suivant. Un enfant de 5 ans 1/2 entra le 8 décembre 1880 à l'hopital Sainte-Eugénie, en présentant des symptômes non équivoques de la rage. Il avait été mordu le 10 novembre précédent au nez, à la joue gauche, à la région temporale du même côté par un chien qui fut tué sur-le-champ, ayant mordu d'autres chiens, lesquels furent également abattus. Les premiers symptômes de la rage s'étaient manifestés le 7 décembre au matin et l'enfant succomba le 11 décembre après avoir présenté les manifestions classiques de cette maladie.

On fit trois séries d'expériences sur le lapin : 1° inoculation avec des liquides recueillis sur l'enfant encore vivant; 2° inoculation avec différents liquides ou tissus recueillis sur le cadavre vingt-quatre heures après la mort; 3° inoculation faites subséquemment de lapin à lapin.

Les faits de la première série sont, en définitive, confirmatifs de l'assertion de divers auteurs : inoculabilité de la salive; non-inoculabilité du sang. La mort est survenue dans un délai mpyen de 17 à 42 heures.

Dans la seconde série, deux animaux inoculés avec du mucus bronchique pris sur le cadavre ont succombé, l'un en 44, l'autre en 48 heures. Six animaux ont été inoculés avec des débris de glandes salivaires, un seul est mort, très rapidement il est vrai (19 heures). C'est la glande sous-maxillaire qui a fourni ce résultat positif.

Le produit du raclage des ganglions lymphatiques (qui ont été trouvés tuméfiés) a été inoculé à deux lapins. Le premier n'a guère survécu que 9 heures 1/2, le second a été malade le deuxième jour, puis s'est rétabli.

Les deux racines du trijumeau, coupées au ras de la protubérance de l'enfant, ont été inoculées à un lapin qui est mort au bout de trois jours.

Un fragment du bulbe a été inoculé également à un autre lapin, mort le quatrième jour.

3e série d'expériences. Il n'y a pas eu seul insuccès quand on s'est servi de la salive d'un des animaux mort dans les expériences précédentes. Tous les lapins, au nombre de cinq, ont succombé dans un espace de temps qui a varié entre 20 et 30 heures. Après l'inoculation du bulbe, on a produit trois morts.

Deux fois le sang d'un lapin tué par inoculation du bulbe, recueilli aussitôt après la mort, et inoculé à un autre lapin, l'a tué une fois en 32 heures, une autre fois en 43 heures. Le sang de ce dernier lapin, recueilli également après la mort, en a tué également un troisième en 13 heures.

Nous croyons, dit M. **Maurice Raynaud**, jusqu'à preuve du contraire, que c'est bien de le rage que sont morts nos lapins. Nous avons, pour le croire, une double raison : l'impossibilité d'expliquer leur mort autrement et l'évidence de cette cause de mort dans l'organisme humain aux dépens duquel ont été faites les inoculations.

M. **Pasteur** prend la parole pour figurer sur le tableau la forme du parasite qu'il a trouvé dans la salive du malade de MM. **Maurice Raynaud** et **Lannelongue**. M. **Pasteur** n'admet pas que la maladie qu'il a observée chez les animaux auxquels il a pratiqué des inoculations soit la rage. Il considère au contraire cette maladie comme une affection nouvelle, non décrite, non observée jusqu'ici, mais certainement produite par le parasite qu'il a isolé et cultivé.

Une longue discussion s'est élevée entre M. **Colin** et M. **Pasteur,** le premier affirmant, le second niant que les animaux inoculés par M. **Maurice Raynaud** aient succombé à la septicémie.

Il ressort de cette discussion que la maladie inoculée par M. **Pasteur** n'est pas la rage; elle n'en présente ni la période d'incubation, ni les symptômes. On peut faire de nombreuses hypothèses sur les causes de ces dissemblances, mais aucune, jusqu'ici, n'est satisfaisante. M. **Gosselin** est intervenu dans ce sens et a vivement critiqué les conclusions de MM. **Raynaud** et **Pasteur.**

La séance est levée à 5 heures.

Société médicale des Bureaux de bienfaisance.

Séance du 12 *janvier* 1881. — Présidence de M. le Dr COMMENGE.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

Le procès-verbal de la précédente réunion est lu et adopté sans observation.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues que reçoit habituellement la Société.

La correspondance manuscrite comprend ;

1° Une lettre de M. le Dr Tolédano qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre de M. le Dr Boissier pour le même motif;

3° Une lettre de M. le Dr Navarre qui donne sa démission de membre de la commission chargée de présenter un rapport sur la réorganisation du service médical à domicile;

4° Une lettre de M. le Dr Lemoine, qui annonce qu'une Société médicale étant en formation dans le 15e arrondissement, il serait reconnaissant à la Société médicale des bureaux de bienfaisance de vouloir bien lui fournir un projet de statuts.

M. le Dr Nadaud présente un travail de M. le Dr Alex. Mayer, sur la réorganisation du service médical à domicile. La Société décide que le travail de notre distingué confrère sera transmis à la commission spéciale.

M. le président Commenge dont les fonctions expirent aujourd'hui prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Avant d'appeler au fauteuil de la présidence le distingué confrère qui doit m'y remplacer, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour la bienveillance dont vous n'avez cessé de m'entourer. Depuis deux ans bientôt que j'ai l'honneur de diriger vos débats, vous avez toujours soutenu de votre sympathie l'autorité de votre président. Pendant cette période, nous avons eu à examiner ensemble des questions délicates et souvent difficiles. A la mort de notre regretté confrère et président le Dr Fontès, la Société se trouvait engagée dans une discussion pénible à tous les points de vue. Sous prétexte de questions scientifiques et de déontologie professionnelle à résoudre, nous assistions à une discussion personnelle entre deux collègues. Cette lutte, qui aurait pu passionner la Société et compromettre son autorité morale a été arrêtée en temps opportun. Fort de votre appui, j'ai dû montrer une fermeté indispensable pour empêcher les divisions de se produire dans notre sein. Nous sommes arrivés ainsi à obtenir sans blessures la solution la meilleure.

A la même époque, nous avons vu mettre en pratique, pour la première fois, la loi de 1849, qui régit les bureaux de bienfaisance. Vous n'avez pas oublié l'émotion qui s'était emparée de tous nos confrères, lorsque fut connu l'arrêté de M. le préfet de la Seine. La Société prit en main la défense de toute la corporation et votre bureau fut chargé de porter à la préfecture l'expression de tous nos regrets. Vos délégués furent reçus avec une grande bienveillance, et s'ils n'obtinrent pas tout ce que vous souhaitiez, on fit droit à quelques-unes de vos réclamations.

Notre Société avait été la première à juger mauvaise la loi de 1849; je crois pouvoir vous affirmer que notre opinion a fait beaucoup de prosélytes, même dans les rangs de l'Administration

La question de la nomination des médecins, question qui nous intéresse spécialement, est l'objet de beaucoup de préoccupations. Le mode actuel paraît défectueux au plus grand nombre. Comment le remplacer? La commission nommée par vous, dans votre dernière séance, vous dira comment elle résout la difficulté ; vous aurez à vous prononcer sur ce point essentiel. Nous avons en outre examiné ensemble la question des premiers secours à donner aux malades et démontré l'urgence d'une modification à apporter à ce qui se pratique. Nous avons demandé aussi, dans l'intérêt des malades, que le formulaire pharmaceutique des hôpitaux soit appliqué aux bureaux de bienfaisance. Toutes ces questions seront résolues, je l'espère, dans le sens de nos décisions.

Je voudrais laisser dans l'oubli un fait qui nous a tous douloureusement impressionnés; mais ne dois-je pas rappeler que c'est au moment même où vous discutiez avec sollicitude les améliorations à apporter au service médical des bureaux de bienfaisance que nous avons été attaqués sans raison par un de nos confrères des hôpitaux. Ces attaques injustes, que tous les médecins de Paris ont trouvées inexplicables, j'ai dû les relever au nom de votre dignité, et vous avez bien voulu donner votre approbation à ma conduite.

Je suis heureux, messieurs et chers collègues, de pouvoir passer immédiatement à un sujet plus agréable en vous annonçant une bonne nouvelle. J'ai la satisfaction de vous dire que la campagne que j'avais entreprise au commencement de l'année 1880 a été couronnée de succès.

Dès que vos suffrages m'eurent donné l'autorité présidentielle que je n'avais exercée en 1879 qu'à titre intérimaire, j'eus la pensée de faire connaître aux administrateurs supérieurs de l'Assistance publique et de la préfecture de la Seine, combien les honoraires que vous receviez étaient peu en rapport avec les services que vous rendiez. Il n'était pas nécessaire d'avoir un grande éloquence pour convaincre; il suffisait de montrer par des chiffres, combien étaient nombreux les labeurs que vous acceptiez pour soulager les malheureux. Les chiffres ont leur brutalité, mais ils ont aussi leur éloquence!

Certain de ne trouver d'hostilité ni auprès du préfet de la Seine, ni auprès du directeur général de l'assistance publique, je devais convaincre les membres de la commission du budget du conseil municipal.

J'ai pu vous dire, à notre banquet, quelles étaient nos espérances à ce moment; j'ai pu vous dire aussi, ce que je tiens à vous rappeler, avec quel dévouement et quelle activité j'ai été secondé par notre excellent secrétaire général qui m'a accompagné dans beaucoup de mes visites. A cette époque, la plupart des membres du conseil municipal trouvaient que je ne demandais pas suffisamment pour vous; plus tard. on trouvait que je demandais beaucoup trop! A mesure que l'on approchait du moment de la discussion du budget, il surgissait mille difficultés pour l'équilibrer; par suite, le zèle pour améliorer la situation des médecins des bureaux de bienfaisance se refroidissait insensiblement; il est arrivé un moment où on semblait trouver magnifique une augmentation de 24,800 fr. qu'une décision préfectorale du 4 septembre 1879 avait inscrite au budget de 1831! Ce fait, je vous en avais donné connaissance dans une de nos dernières réunions.

C'est alors qu'une action plus vive est devenue indispensable! De nouveau, j'ai été frapper à la porte des membres de la commission du budjet pour leur rappeler et vos services et leurs promesses. La commission a bien voulu se déclarer convaincue et j'ai eu le plaisir de voir tel membre qui, au début, était absolument hostile, appuyer nos revendications!

Au lieu d'une indemnité de 198,800 fr. présentée par l'administration en faveur des médecins des bureaux de bienfaisance, la commission du budjet a proposé et le conseil municipal a voté 276,700 fr. ce qui fait, pour le budjet de 1881 une augmentation de 77,900.

Désormais, les indemnités des médecins des bureaux de bienfaisance seront: de 1,200 fr. pour 71 médecins, de 1,500 fr. pour 53 médecins et de 2,000 fr. pour 56.

Bien que ce ne ne soit pas là tout ce que j'avais demandé nous devons nous montrer satisfaits du résultat obtenu et attendre avec patience une solution plus parfaite; nous ne devons pas oublier qu'en demandant une situation moins onéreuse, vous ne sollicitiez pas des honoraires en rapport avec les services rendus et que vous teniez à ne pas amoindrir le rôle humanitaire que vous remplissez.

Croyez, messieurs et chers collègues, que ce n'est pas la vaine satisfaction de vous dire ce que j'ai fait qui m'a porté à entrer dans les détails que je viens de vous donner. J'ai tenu seulement à vous prouver qu'il faut ne pas se décourager et que, pour arriver au but, il faut de la constance et une volonté énergique Mes successeurs auront à choisir, plus tard, le moment opportun pour compléter ce que nous avons obtenu cette année et si, ce jour-là, ils croyaient avoir besoin de mon concours, je serais heureux de mettre au service de la Société, et mon zèle le plus ardent et mon dévouement le plus absolu! (*Applaudissements prolongés*).

M. le Dr **Commenge** invite son successeur M. le Dr **Dal Piaz** à prendre possession du fauteuil.

Présidence de M. Dal Piaz.

M. **Dal Piaz** prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues:

Au moment de prendre possession du fauteuil de la présidence auquel vos bienveillants suffrages m'ont appelé, je tiens à vous renouveler mes sincères remerciements pour l'honneur que vous me faites. Si l'honneur se mesure à l'importance du devoir, c'est pour moi un grand honneur.

Je ferai tous mes efforts, je vous assure, pour ne par faillir à ma tâche, ce qui ne sera pas facile, car j'ai pour prédécesseur un collègue qui vient de clore son année présidentielle par un service dont la Société des médecins des bureaux de bienfaisance lui sera éternellement reconnaissante. En obtenant pour ses confrères par son activité et sa persévérance une augmentation considérable d'honoraires, il leur a procuré d'abord un avantage matériel et il les a rehaussés dans leur propre estime et dans celle de tout le public médical. Cette voie était déjà ouverte sans doute avant lui, mais il l'a fortement agrandie pour ses successeurs quand il y aura d'autres améliorations à réclamer.

Mes chers collègues, je compte sur votre indulgence pour me faciliter la direction de nos séances. J'espère que nos discussions ne se départiront jamais de ce caractère de bienveillance et de courtoisie qui est le propre d'hommes réunis pour ainsi dire en famille et unis ensemble par les liens de la confraternité médi-

cale et que nous verrons toujours la politique exclue de nos discussions sous quelque forme qu'elle vienne à se montrer et j'espère, cher collègues, que nous serons toujours animés des mêmes sentiments. (*Applaudissements*).

Sur la proposition de M. d'**Echerac**, vice-président, la Société reconnaissante de tous les services rendus par M. **Commenge**, et désireuse de lui témoigner hautement toute sa sympathie, lui décerne par acclamation le titre de président honoraire.

La Société décide en outre, sur la proposition de M. le Dr Paul **Richard**, que le procès verbal de la présente séance avec le discours *in-extenso* de M. **Commenge** sera imprimé et envoyé à chacun des membres de la Société.

M. le Dr **Bertillon**, nommé membre associé national, dans une des précédentes séances, remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'admettant dans son sein. Il annonce à la Société qu'à côté du tableau de *mortalité* qu'il publie chaque semaine, comme chef de la statistique municipale de la ville de Paris, il publiera prochainement un tableau de la *morbidité*, et il fait appel au zèle des médecins des bureaux de bienfaisance pour l'aider dans cette œuvre dont l'importance n'échappera à personne.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la constitution médicale du mois de décembre.

M. le Dr **Gibert** présente un tableau résumant le mouvement des malades dans la 1re circonscription du XIIe arrondissement. Il résulte de ce tableau qu'il y a eu en décembre 49 malades nouveaux, qu'il a été fait 184 visites, qu'il a été délivré 419 consultations ; qu'enfin les affections thoraciques ont été prédominantes.

BIBLIOGRAPHIE

Des nerfs du cœur, anatomie et physiologie, par le Dr Reynier. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, 1880. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Cette question si importante de l'innervation cardiaque est encore entourée de nombreux nuages. « Cependant si l'influence du système nerveux sur le cœur est encore mystérieuse, comme le font remarquer MM. Chauveau et Arloing, elle existe ; et on ne peut plus la nier, aujourd'hui trop de faits l'affirment. Devant tous ces faits, on ne peut pas se dissimuler que depuis un demi-siècle on a fait faire à la physiologie du cœur un grand pas.

« Nous connaissons aujourd'hui, bien qu'imparfaitement, l'influence des centres nerveux, l'action si opposée des deux ordres de nerfs qui en partent; et si on discute encore sur le mode d'action de ces nerfs, il faut cependant avouer que dans cette discussion on fait des progrès, qui, pour être peu sensibles, ne nous rapprochent pas moins de la connaissance des faits. Sur cette voie nous sommes comme des voyageurs qui, devant la route immense qu'ils ont à faire, marchent découragés et avancent tout en s'imaginant qu'ils n'arriveront jamais.

« La question de l'influence du système extra-cardiaque est encore ce qui semble le plus obscur.

« Mais si on laisse de côté cette question de l'action modératrice excitatrice des ganglions, et qui est plus une discussion portant sur les mots que sur les faits, on voit un résultat d'une grande importance se détacher peu à peu des recherches modernes ; nous voulons parler de l'indépendance du rhythme de la contraction cardiaque vis-à-vis du système nerveux.

« En tenant compte de toutes ces données, de toutes ces discussions, à l'heure actuelle on peut se faire l'idée suivante des rapports du système nerveux avec le cœur.

« Le cœur trouve dans le système nerveux intra-cardiaque, dans ses ganglions, l'excitant nécessaire pour provoquer la contraction. Le système extra-cardiaque reçoit lui-même l'excitation de plusieurs sources : 1o du cœur même par l'intermédiaire de filets nerveux allant des parois de l'organe aux ganglions; 2o des centres nerveux par la voie des deux ordres de nerfs, modérateurs et accélérateurs; 3o de la périphérie par le fait d'un acte réflexe, qui a impressionné les centres nerveux, et a été réfléchi sur le cœur par une des deux voies qui l'unissent à ce centre ; 4o de la surface interne du cœur par un phénomène réflexe semblable.

« Ce système est donc vis-à-vis du muscle cardiaque un centre intermédiaire, qui, dans un état de tonus habituel provoque la contraction du cœur, sur l'apparition de laquelle il agit seulement, sans lui donner son caractère rhythmé.

« De plus, des centres nerveux le système ganglionnaire reçoit par intervalles des ordres, venus souvent de la périphérie, et destinés à modifier les battements du cœur soit en les arrêtant, soit en les accélérant. Il devient alors le régulateur et le distributeur de ces excitations centrales, qu'il transmet au muscle.

« Quant à la cause habituelle qui entretient ce tonus ganglionnaire, tout semble prouver que c'est le sang; celui-ci n'agit pas seulement sur les ganglions, mais sur tout l'ensemble du système nerveux cardiaque, dont chaque partie contribue pour une part plus ou moins grande au fonctionnement de l'organe. Il faut, en effet, comme le font remarquer MM. Chauveau et Arloing, se défier de la tendance à trop localiser dans quelque point spécial du système nerveux, son influence sur le cœur. C'était là une erreur des anciens auteurs ; nous devons, instruits par leur exemple, nous garder des fautes qu'elle leur fait commettre. »

« Ces conclusions, que nous reproduisons textuellement, suffisent à montrer la valeur réelle de ce travail. Nous nous dispensons donc de tout éloge.

Le corps de Wolff, par le Dr François Viault. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (anatomie et physiologie (1880). O. Doin, éditeur.

Ce travail comprend deux parties, l'une consacrée à l'étude du corps de Wolff chez l'homme et les vertébrés allantoïdiens, l'autre à la description du corps de Wolff chez les vertébrés anallantoïdiens.

L'auteur suit tout d'abord le développement du corps de Wolff chez l'embryon, puis le développement et la destinée du canal de Müller. Il décrit ensuite le corps de Wolff arrivé à son développement complet et en trace le rôle physiologique chez l'embryon; avant de quitter ce chapitre intéressant, il nous montre les relations du corps de Wolff avec les glandes génitales et le rein, ce qui le conduit à decrire le développement de l'ovaire, du testicule et du rein.

Cette première partie de sa tâche achevée, il étudie le corps de Wolff chez l'homme et chez la femme.

La seconde partie est surtout relative à l'anatomie comparée du corps de Wolff.

En somme, c'est là un travail fort intéressant et fort complet qui résume l'état de nos connaissances sur ce point de l'embryologie.

NOUVELLES

— Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté de médecine de Montpellier est transformée en chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses. M. Cavalier, professeur de pathologie et thérapeutique générales à cette Faculté, est, sur sa demande, transféré dans cette chaire.

Un cours complémentaire de pathologie et thérapeutique générales est créé à la Faculté de médecine de Montpellier.

— La société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1881, est composé comme il suit :

Président, M. Chaudé ; Vice-Présidents, MM. Lagneau, Lasègue ; Secrétaire général, M. Gallard ; Secrétaires des Séances, MM. Leblond, Lutaud ; Archiviste, M. Ladreit de la Charrière ; Trésorier, M. Mayet.

— Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra les leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 23 janvier à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur l'étude des impulsions et des actes des aliénés au point de vue du diagnostic et de la médecine légale.

— La fièvre jaune au Sénégal. — Le ministre de la marine et des colonies a reçu le 5 janvier du gouverneur du Sénégal une dépêche lui annonçant qu'à la date du 26 decembre 1880, il n'y avait plus un seul cas de fièvre jaune à l'hôpital, à Saint-Louis, ou sur les bâtiments.

— Conseil municipal de Paris (séance du 4 janvier). — Est approuvé, sur le rapport de M. Bourneville, un projet de création, à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, d'un pavillon destiné au traitement des maladies diphthériques.

— Asiles d'aliénés. — Le concours qui s'est ouvert le 13 décembre pour quatre places d'interne en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine (Vaucluse, Ville-Evrard et Sainte-Anne), s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes titulaires*. MM. Sauton, Gabriel. Auriol. *Interne provisoire*. M. Gastier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Modifications des bruits du cœur dans la cirrhose du foie, par le Dr Laurent, in-8°, 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Manuel de laryngoscopie et de laryngologie, par le Dr Cadier, 1 vol. in-18, avec 6 planches cart. 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Fragments de clinique médicale, par le professeur Fabre, leçons recueillies par le Dr Audibert. 1 vol. in-8°. 4 fr. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Quatrième grossesse de la duchesse de Berry. Naissance du duc de Bordeaux par le Dr Mattei. 1 vol. in-8°. 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Diagnostic, pronostic et traitement du chancre syphilitique par le Dr Mauriac. In-8°. 2 fr. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Leçons sur les affections nerveuses locales par le Dr Brodie traduites de l'anglais par le Dr Douglas Aigre. In-8°. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Contribution à l'étude de la syphilis chez les dartreux, par le Dr Revillet. In-8°, 2 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur l'opération de Porro, opération césarienne, suivie de l'amputation de l'utérus et des ovaires par le Dr Maygrier. In-8°, 3 fr. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

De l'oreille, anatomie normale et comparée ; embryologie, développement, physiologie, pathologie, hygiène, pathogénie et traitement de la surdité par le Dr Gellé. Vol. in-8, avec figures dans le texte, 5 fr. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Eléments de pathologie exotique. 1° Maladies infectieuses; 2° Maladies des organes et des appareils; Animaux et végétaux nuisibles, par M. Nielly professeur d'hygiène et de pathologie exotique à l'Ecole de médecine navale de Brest. 1 vol. in-18 avec 29 figures intercalées dans le texte. 10 francs. Paris, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

Des propriétés de la térébenthine.

S'il est un médicament quelque peu négligé des médecins français, c'est sans contredit la térébenthine; tandis que les médecins anglais et ceux du nord de l'Europe en font tous les jours un fréquent usage. Pourquoi cet abandon d'un médicament actif qui a fait ses preuves depuis les temps les plus reculés ?

Faudrait-il accuser la qualité de nos térébenthines, ou bien les formes pharmaceutiques sous lesquelles s'administre ce médicament?

Voyons d'abord les préparations habituelles de térébenthine : 1° la térébenthine cuite, c'est-à-dire qui a perdu la majeure partie de son essence; elle est reconnue inactive; 2° le sirop de térébenthine renferme très-peu de médicament, c'est plutôt un remède d'agrément qu'un médicament sérieux.

3° Les pilules de térébenthine faites à l'aide de la magnésie sont énormes, s'avalent difficilement, et vont en peu de temps former un mastic au fond de la boîte.

4° Enfin, les capsules qui renferment environ 1/3 de térébenthine pour 2/3 de gélatine.

Voyons maintenant la qualité de la térébenthine. Sans entrer dans une nomenclature fort longue et inutile ici, il suffit de savoir que la richesse des térébenthines en essence varie depuis 5 pour cent jusqu'à 30 pour cent. Ces grandes différences de composition établissent donc une différence notable dans les propriétés du médicament.

En partant de ce principe que l'essence est la partie active de la térébenthine, il faut en conclure que la plus riche en essence sera la plus active.

Mais, dira-t-on, mieux vaut employer uniquement l'essence.

Certainement on le fait, et on fait bien; mais dans beaucoup de cas on fera bien de s'en tenir à la térébenthine naturelle qui renferme l'essence dans un état particulier de solution plus apte à l'assimilation.

Ceci exposé, on doit faire choix de la térébenthine du mélèze (*Abies Larix*) dite térébenthine fine : elle est très fluide et très active, elle renferme de 25 à 30 pour cent d'essence, c'est-à-dire environ le tiers de son poids.

Si avec cette térébenthine nous arrivons, par un artifice de manipulation, à obtenir des pilules renfermant les 3/4 de leur poids de térébenthine, nous aurons une préparation bien supérieure à toutes celles connues jusqu'à nos jours.

Les pilules de térébenthine nommées **Ovules suédois** ont atteint ce perfectionnement si désirable. En effet, ces pilules ovoïdes du poids de 42 centigr. renferment 30 centigr. de térébenthine pure du mélèze. Nous ne connaissons aucune préparation qui puisse leur être comparée; elles sont de plus très faciles à avaler à cause de leur forme, et leur prix est relativement peu élevé.

Propriétés de la térébenthine. — Bouchardat « excitant énergique dont l'action se porte surtout sur les membranes muqueuses de l'appareil génito-urinaire dont elle diminue la sécrétion. Elle est très utile dans les catarrhes chroniques de la vessie et de l'urèthre, dans certaines diarrhées muqueuses. On l'a vantée dans les catarrhes chroniques du poumon et pour retarder la fonte tuberculeuse chez les phthisiques. »

Propriétés de l'essence de térébenthine. — Douglas (la blennorrhée, les hémorrhagies, la fièvre ordinaire, la péritonite puerpérale).

Durande (calculs biliaires, coliques hépatiques).

Récamier et autres (névralgies, rhumatisme, sciatique, néphrite, goutte, rétention d'urine, constipation opiniâtre, salivation mercurielle, vers intestinaux, etc.).

Vallon (partant de ce principe que l'essence de térébenthine est un remède merveilleux contre les névralgies sous quelque forme qu'elles se présentent, quel que soit leur lieu d'élection, nous avons appliqué aux migraines le traitement par l'essence de térébenthine).

Pour beaucoup de praticiens, la térébenthine est un sûr succédané du copahu.

Les ouvrages sont remplis de formules telles que mixtures avec jaune d'œuf, avec du miel, des mucilages, opiats avec magnésie.

Ces diverses préparations, certainement actives, sont peu prisées par le malade qui a pour elles une répugnance invincible.

Il n'en est pas ainsi avec les *Ovules suédois*, exempts d'odeur et de saveur et d'une déglutition très facile.

Ces pilules, riches en essence de térébenthine, puisqu'elles renferment 30 centigr. de térébenthine qui représentent 10 centigr. d'essence, trouvent donc facilement leur emploi dans une foule de cas à la grande satisfaction du médecin et du malade.

Dose : de 6 à 12 pilules par jour suivant généralement les maladies il faut commencer par les fortes doses et continuer par les petites.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.

DU MEILLEUR MODE D'ADMINISTRATION DU PHOSPHATE DE CHAUX

Une combinaison heureuse, suivant nous, consiste dans l'emploi du phosphate soluble dont on a neutralisé l'acidité, sans nuire à sa solubilité, par l'addition d'une certaine quantité de chlorure de sodium. On réunit ainsi deux médicaments dont l'association produit d'excellents effets. Le chlorure de sodium exerce une action des plus utiles en activant la sécrétion du suc gastrique et en favorisant de cette manière la pénétration du phosphate de chaux dans le sang et son dépôt dans le tissu osseux, fait qui a été constaté par Sabellin et Dorogow (Canstat's Jahresbericht, 1867, t. 1). De plus, le chlorure de sodium exerce une action puissante sur la nutrition et trouve ainsi son emploi dans la phthisie en favorisant la digestion et en s'opposant aux vomissements si fréquents chez les tuberculeux. C'est au docteur Amédée Latour qu'on doit principalement d'avoir démontré l'efficacité de ce sel dans cette maladie (*Union médicale* 1851 et 1856. — Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1856). Le chlorure de sodium est donc un médicament synergique du phosphate de chaux et l'on voit que la réunion de ces deux sels est absolument rationnelle.

De la réunion de ces deux éléments il résulte un composé dont les propriétés sont ici résumées :

Formation du cal osseux, antirachitisme, crétification des tubercules, diminution des sueurs nocturnes et des **diarrhées des tuberculeux, réparation** de **l'insuffisance alimentaire** chez les **femmes enceintes**, les **nourrices** et les **enfants**.

La **Solution Dubost** contient par cuillerée deux grammes de **phosphate de chaux** et un gramme de **chlorure de sodium.**

Il faut toujours l'administrer dans une tasse d'eau vineuse sucrée; sous cette forme les enfants, même les plus difficiles, la prennent avec plaisir particulièrement après les repas.

Dépôt à Paris, 103, rue Montmartre.